



2013

Rapport annuel sur le système de santé de l'Ontario



Table de matières

INTRODUCTION

2

LE SYSTÈME DE SANTÉ DE L'ONTARIO

4

Accès aux services de santé publics

4

Ressources humaines en santé dans les services de santé publics

6

État de santé de la population et de la clientèle

7

Résultats et intégration du système de santé

10

LA VOIE À VENIR

12

BIBLIOGRAPHIE

14

REMERCIEMENTS

16

Introduction

Les Ontariennes et les Ontariens méritent les meilleurs soins de santé qu'offre le système de santé, c'est-à-dire des soins qui sont accessibles, sécuritaires, appropriés, efficaces et intégrés. Ils ont besoin d'un système de soins de santé qui s'engage à prodiguer des soins de la plus haute qualité à tous les Ontariens et Ontariennes, maintenant et à l'avenir.

Qualité des services de santé Ontario (QSSO) joue un rôle clé dans la concrétisation de cet engagement. Dans le cadre de l'exécution de son mandat en vertu de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*, QSSO contribue à maintenir la transparence et la responsabilisation au sein du système de soins de santé de l'Ontario en faisant rapport aux Ontariennes et aux Ontariens chaque année, par le biais de moyens comme le présent rapport, sur la qualité des services de santé fournis dans la collectivité, les hôpitaux et d'autres établissements, comme les foyers de soins de longue durée.

Le mandat de QSSO, en vertu de la Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous, consiste à faire rapport aux Ontariennes et aux Ontariens des quatre domaines suivants :

1. ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ PUBLICS
2. RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ DANS LES SERVICES DE SANTÉ PUBLICS;
3. ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION ET DE LA CLIENTÈLE;
4. LES RÉSULTATS DU SYSTÈME DE SANTÉ.

Ce rapport annuel met en lumière un ensemble sélectionné d'indicateurs de rendement qui tiennent compte des réussites et des domaines à améliorer dans ces quatre domaines clés.

QSSO cherche en outre à influencer les indicateurs qu'il surveille par le biais de ses activités d'amélioration de la qualité, tout en agissant à titre d'intermédiaire pour la transmission de données probantes en vue d'accélérer la pratique reposant sur les connaissances. Pour y parvenir, il utilise divers mécanismes, notamment son réseau de transfert de connaissances ainsi que sa stratégie de transfert et d'échange de connaissances, une conférence annuelle, Transformation Qualité de la santé, qui sert de plateforme pour le transfert et l'échange de connaissances, et se sert de son répertoire central d'outils et de ressources, comme son outil Compas Qualité, qui promeut l'adoption de pratiques exemplaires.

En Ontario, les données probantes prennent de plus en plus d'importance dans les politiques et la prise de décision relatives à la santé. L'unité Analyse des données et normes (ADN) de QSSO travaille avec des experts cliniques, des collaborateurs scientifiques, des comités et des partenaires en évaluation sur le terrain pour établir des données probantes sur l'efficacité et la rentabilité des technologies et des services de santé en Ontario. Alors que l'unité ADN développe les données probantes, le Comité consultatif ontarien des technologies de la santé (CCOTS), sous-comité consultatif permanent du conseil d'administration de QSSO, utilise cette information pour formuler des recommandations au sujet de l'adoption, de la diffusion, de la distribution, ou du retrait d'interventions médicales dans la province. Le conseil de QSSO utilise les recommandations et les conseils du CCOTS pour présenter des recommandations finales au système de santé et à la ministre de la Santé et des Soins de longue durée. Les recommandations du CCOTS et d'autres rapports s'y rapportant sont accessibles à www.hqontario.ca/evidence/publications-and-CCOTS-recommendations.

Au cours de la dernière année seulement, QSSO a cerné des possibilités d'économies de 250 millions de dollars dans le système de santé en soulignant les pratiques sous-utilisées, surutilisées ou mal utilisées.

En collaboration avec les partenaires du système de soins de santé, QSSO élabore un programme commun d'amélioration de la qualité pour mieux se concentrer sur un ensemble de mesures de rendement clés. Ce programme cernera ces mesures, en fera rapport au niveau approprié, établira des objectifs dans la mesure du possible et travaillera avec les partenaires du système pour soutenir les changements qui permettront d'atteindre ces objectifs. Les indicateurs



Au cours de la dernière année seulement, QSSO a cerné des possibilités d'économies de 250 MILLIONS DE DOLLARS dans le système de santé.

mentionnés dans le présent rapport annuel s'harmonisent avec ce programme.

La vision de QSSO à l'égard de l'accomplissement de ces activités consiste à améliorer les résultats en matière de santé pour les Ontariennes et les Ontariens, et à accroître l'efficacité et la prestation des soins de santé organisés autour du patient. Le rapport annuel est complété et amélioré par d'autres rapports publics détaillés publiés tout au long de l'année.

Le système de santé de l'Ontario

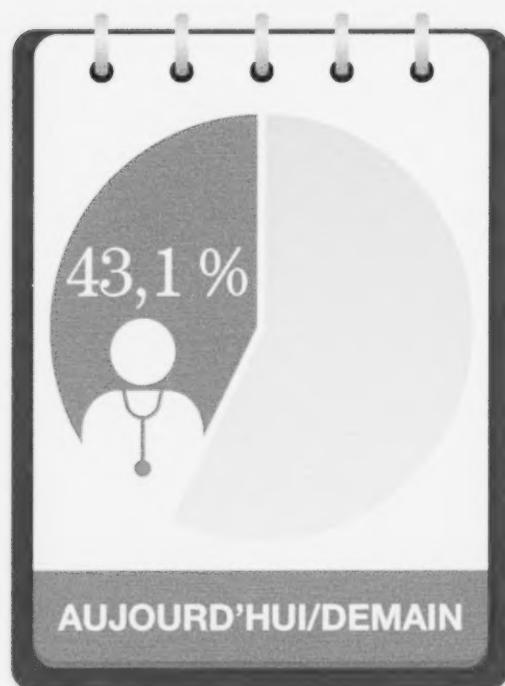


Accès aux services de santé publics

L'accès en temps opportun est un élément clé de la qualité dans l'ensemble du continuum des soins. Sur le plan des soins primaires, il importe que vous puissiez consulter votre fournisseur de soins primaires lorsque cela est nécessaire¹. Le fait de ne pas pouvoir le faire peut entraîner la dégradation de votre santé ou vous pourriez vous rendre à un service des urgences ou consulter un fournisseur différent qui ne connaît pas vos antécédents médicaux^{1,2}.

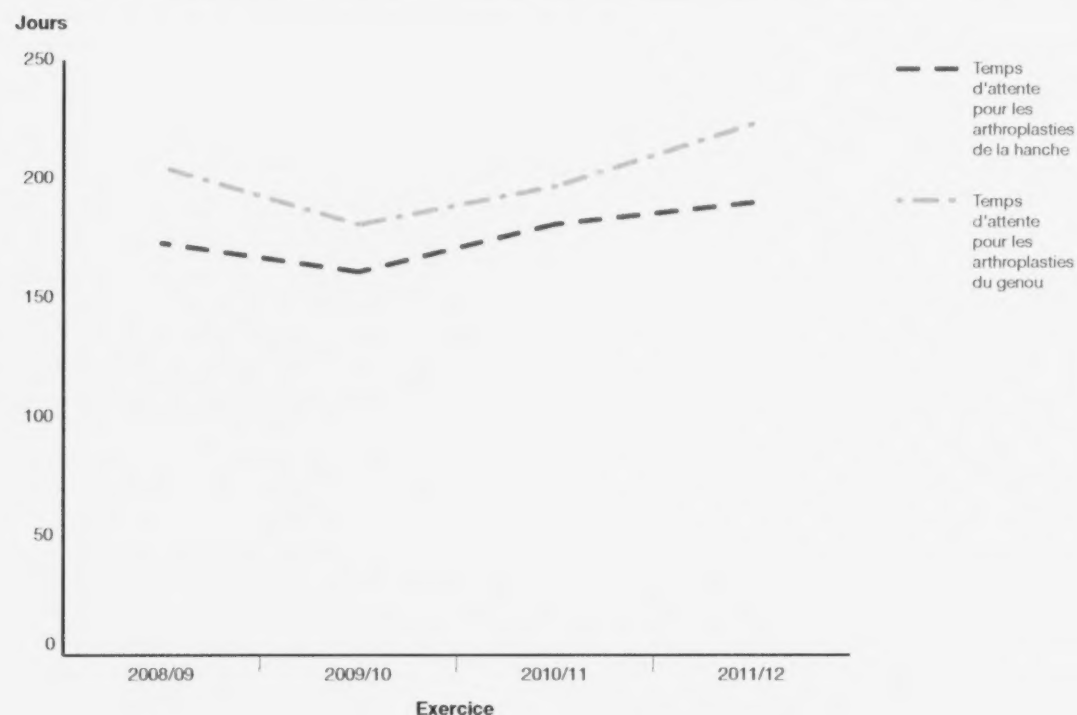
Fondées sur les données recueillies par le *Sondage sur l'expérience en Matière de Soins de Santé*, entre octobre 2012 et mars 2013, seulement 43,1 % des Ontariennes et des Ontariens malades ont pu consulter leur médecin la journée même ou le lendemain³.

L'accès à des soins spécialisés est mesuré à partir du moment de l'aiguillage vers des spécialistes jusqu'au moment où le traitement est terminé⁴. Les temps d'attente pour les patients nécessitant une arthroplastie non urgente de la hanche et du genou sont parmi les plus longs des interventions chirurgicales spécialisées pour les adultes⁵. En 2011-2012, 90 % des arthroplasties non urgentes de la hanche ont été effectuées dans un délai de 190 jours, une amélioration par rapport au délai de 173 jours en 2008-2009 (**figure 1**)⁶. En 2011-2012, 90 % des arthroplasties non urgentes du genou ont été effectuées dans un délai de 223 jours, une amélioration par rapport au délai de 205 jours en 2008-2009 (**figure 1**)⁶. De 2010 à 2012, l'Ontario comptait le pourcentage le plus élevé de toutes les provinces de patients recevant des arthroplasties de la hanche et du genou dans le temps de référence pancanadien de 26 semaines⁷.



43,1 % des Ontariennes et des Ontariens malades ont pu consulter leur fournisseur de soins primaires **LA JOURNÉE MÊME OU LE LENDEMAIN.**

FIGURE 1 90^e percentile de temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou et nombre d'arthroplasties*



2008-2009 à 2011-2012, Ontario. Source : Système d'information sur les temps d'attente (SITA), Action Cancer Ontario (ACO)
**Veuillez noter que les cas qui ne sont pas prioritaires sont exclus.*

Ressources humaines en santé dans les services de santé publics

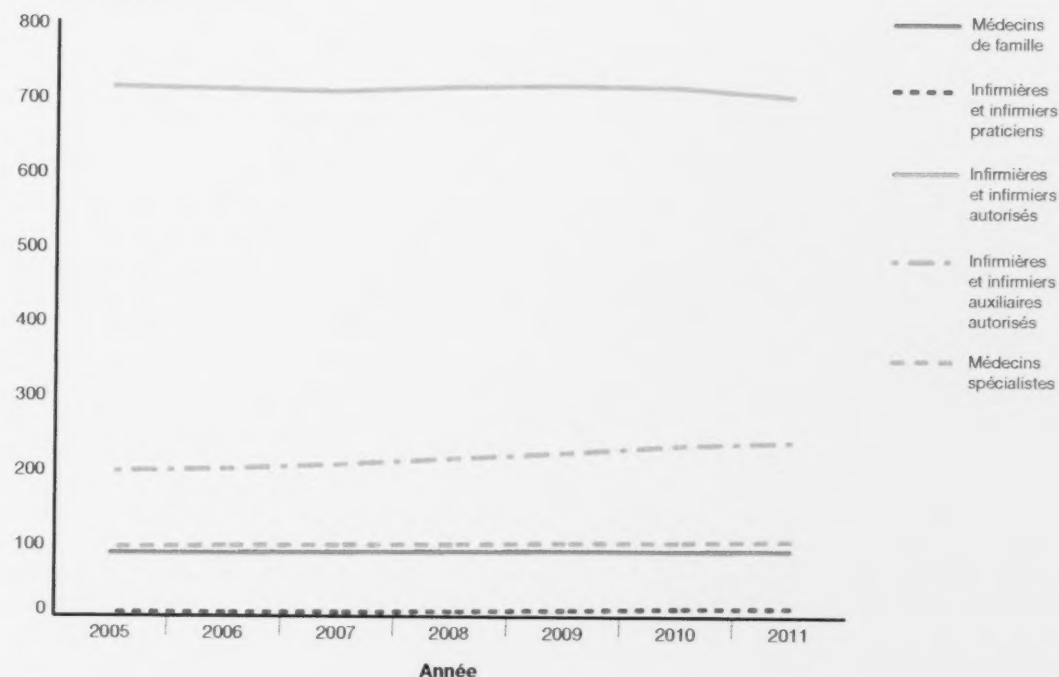
De 2005 à 2011, le nombre de médecins et infirmières ont soit restée stable ou a augmenté en Ontario (**figure 2**)⁹. L'augmentation relative la plus importante a été observée chez les infirmières et infirmiers praticiens. Le nombre infirmières et infirmiers praticiens a augmenté presque triple (4,8 à 12,4) de 2005 à 2011 (**figure 2**)⁹.

État de santé de la population et de la clientèle

Les objectifs les plus importants pour le système de soins de santé de l'Ontario sont sans doute liés à l'amélioration de l'état de santé de la clientèle et de la population et au fait d'assurer la prestation équitable des soins⁹. Toutes les Ontariennes et tous les Ontariens méritent de vivre une longue vie productive en santé. Un système de soins de santé de qualité élevée qui tient compte des déterminants sociaux de la santé, comme le revenu et l'éducation, et des iniquités sur le plan de la santé au moment de la planification et de la prestation des services permettra de s'assurer que toutes les Ontariennes et tous les Ontariens ont la meilleure chance possible de voir cette ambition se concrétiser¹⁰.

FIGURE 2 Offre, par 100 000 personnes, de médecins et d'infirmiers

Offre par 100 000 personnes



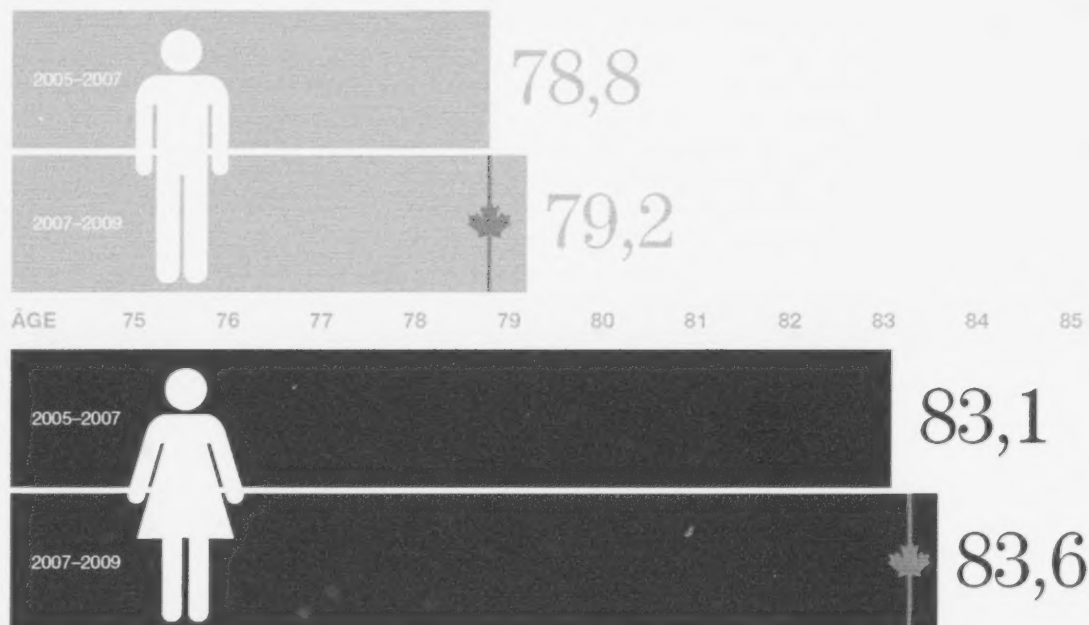
2005 à 2011. Source : Centre de données sur les médecins de l'Ontario, Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario

L'espérance de vie et la mortalité infantile sont deux mesures importantes reconnues à l'échelle internationale qui sont utilisées pour jauger la santé globale d'une population et l'efficacité du système de soins de santé.

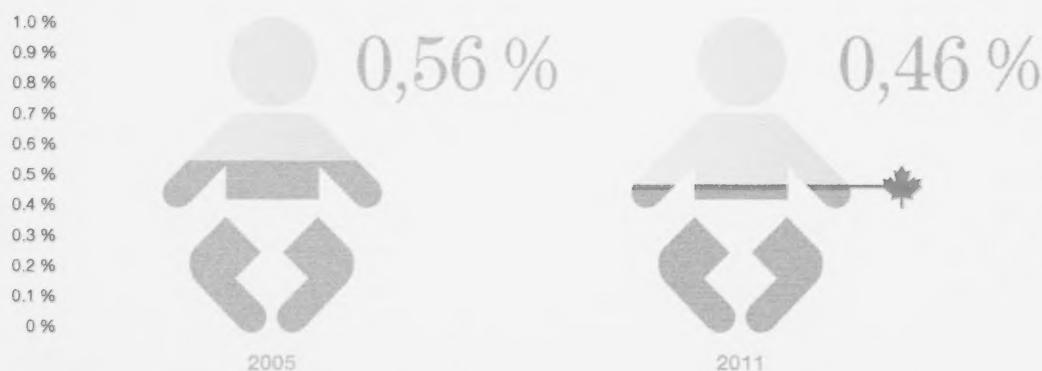
L'espérance de vie à la naissance (le nombre d'années qu'un nouveau-né devrait vivre en moyenne si les taux de mortalité actuels demeuraient les mêmes)¹¹ s'élevait à 78,8 ans pour les hommes et à 83,1 ans pour les femmes en Ontario en 2005-2007¹². De 2007 à 2009, l'espérance de vie à la naissance était de 79,2 ans pour les hommes et de 83,6 ans pour les femmes, soit une légère hausse¹³. Pendant la même période, l'espérance de vie moyenne à la naissance au Canada s'élevait à 78,8 ans et à 83,3 ans pour les hommes et les femmes respectivement¹³.

L'espérance de vie à la naissance est grandement influencée par la mortalité infantile ou le nombre de décès qui survient chez les enfants nés vivants au cours de leur première année de vie¹⁴. La mortalité infantile est un indicateur clé du bien-être de la mère et de l'enfant, y compris de l'état de santé et de l'alimentation¹⁵.

Le taux de mortalité infantile en Ontario est passé de 5,6 décès par 1 000 naissances en 2005 à 4,6 en 2011. Ce taux est légèrement plus faible que la moyenne canadienne de 4,8 par 1 000 naissances au cours de la même année¹⁶.



L'ESPÉRANCE DE VIE à la naissance en Ontario a connu une légère hausse pour les hommes et les femmes, et elle est plus élevée que la moyenne canadienne.



Le **TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE** en Ontario a diminué et il est légèrement plus faible que la moyenne canadienne.

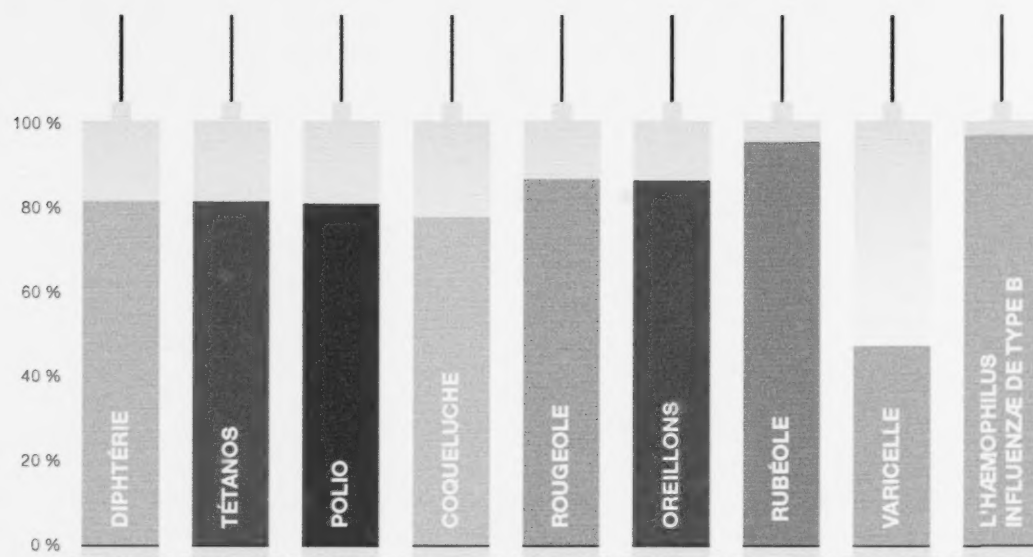
La vaccination peut permettre de prévenir de nombreuses maladies infectieuses, y compris certaines maladies qui sont potentiellement fatales¹⁷. L'Ontario continue d'atteindre un taux de couverture vaccinale relativement élevée pour les enfants¹⁸.

Les estimations provinciales (fondées sur les données du bureau de santé) pour dix des 14 vaccins subventionnés qui sont requis pour que les enfants puissent fréquenter l'école démontrent que le taux de couverture vaccinale chez les enfants de sept ans durant l'année scolaire 2010-2011 variait selon le vaccin, soit un taux élevé de 95 % pour la rubéole et un taux faible de 77,4 % pour la coqueluche ou toux coquelucheuse¹⁸. Parmi les vaccins qui ne sont pas requis pour que les enfants puissent fréquenter l'école, mais qui sont financés par la province, le taux de couverture vaccinale était le plus faible pour la varicelle (47,2 %) et le plus élevé pour l'*Hæmophilus influenzae* de type B (Hib) (96,6 %)¹⁸.

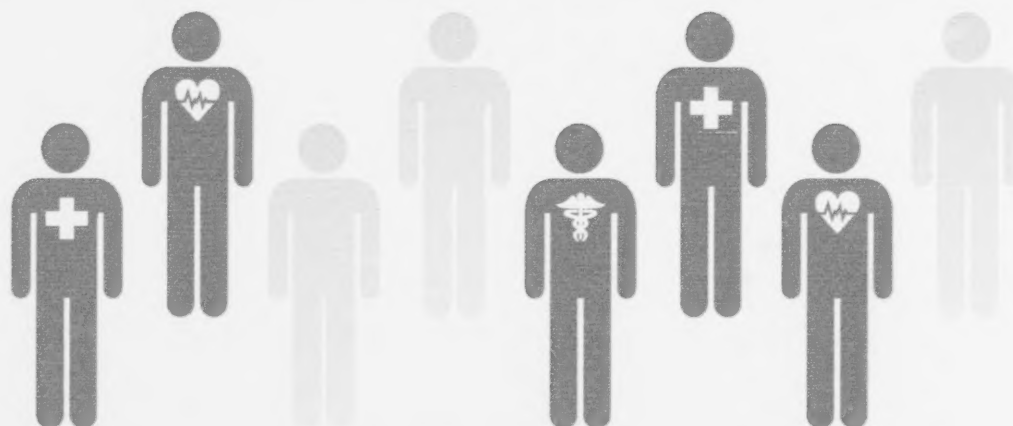
Une autre façon d'examiner l'état de santé de la population consiste à se pencher sur la prévalence de diverses maladies chroniques, ainsi que sur notre capacité à bien prendre en charge ces troubles.

Plus de la moitié (63 %) des Ontariennes et des Ontariens sont touchés par un trouble chronique comme le diabète, l'hypertension ou la dépression¹⁹.

Bien que certains progrès aient été réalisés dans la prise en charge des maladies chroniques, il y a encore largement matière à amélioration puisque les gens n'adoptent pas systématiquement toutes les pratiques exemplaires fondées sur des données probantes en matière de prise en charge des maladies chroniques qui pourraient maintenir leur santé.



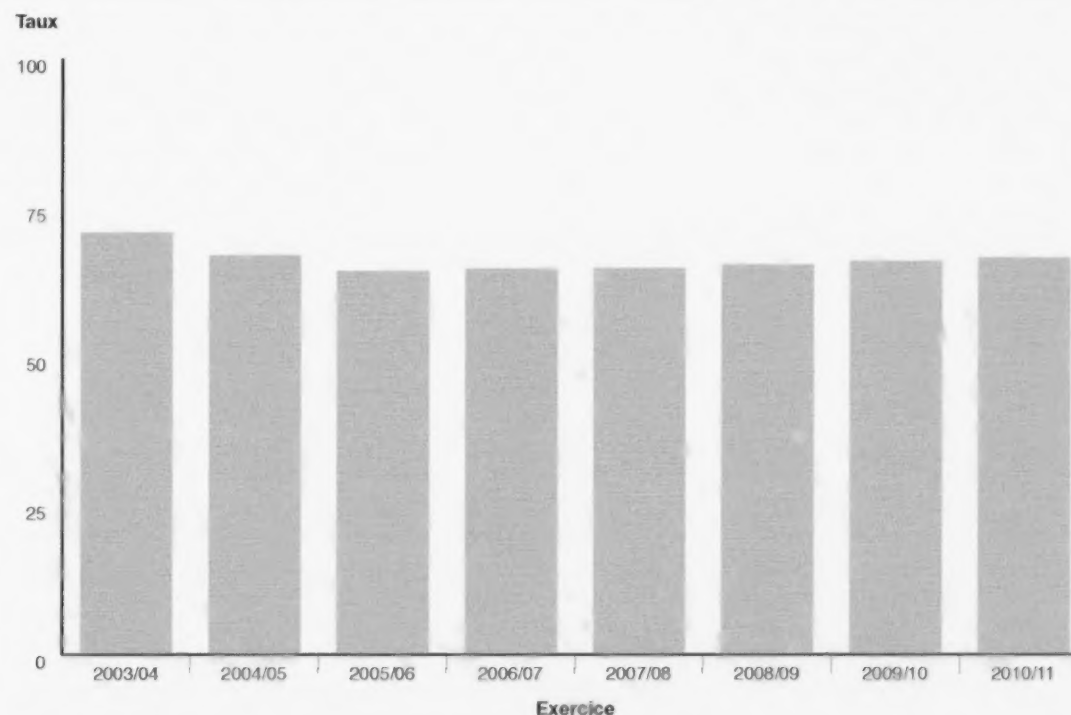
Le taux de couverture **VACCINALE** pour les vaccins financés par les deniers publics en Ontario variait en fonction du vaccin.



Plus de la moitié (63 %) des Ontariennes et des Ontariens sont atteints par au moins un **TROUBLE CHRONIQUE**.

En 2010-2011, par exemple, deux tiers (66 %) des Ontariennes et des Ontariens souffrant de diabète ont subi un test de dépistage de la rétinopathie diabétique au cours d'une période de deux ans; il s'agit d'une diminution par rapport à 2003-2004, où 71 % des Ontariennes et des Ontariens ont subi un test de dépistage (**figure 3**)²⁰. Le dépistage de routine et le traitement de la rétinopathie diabétique, ainsi que l'aiguillage en ce qui concerne cette maladie peuvent réduire considérablement les cas de cécité et prévenir ou retarder la perte de la vision²¹. Les lignes directrices de pratique clinique recommandent le dépistage annuel ou bisannuel de la rétinopathie chez les patients atteints de diabète de type 2, avec, entre temps, un examen de suivi selon la gravité de la maladie²².

FIGURE 3 Taux (par 100 personnes) d'Ontariennes et d'Ontariens diabétiques qui ont passé un examen de la vue dans les deux ans pour les exercices



2003-2004 à 2010-2011. Source : Institut de recherche en services de santé (IRSS)

Résultats et intégration du système de santé

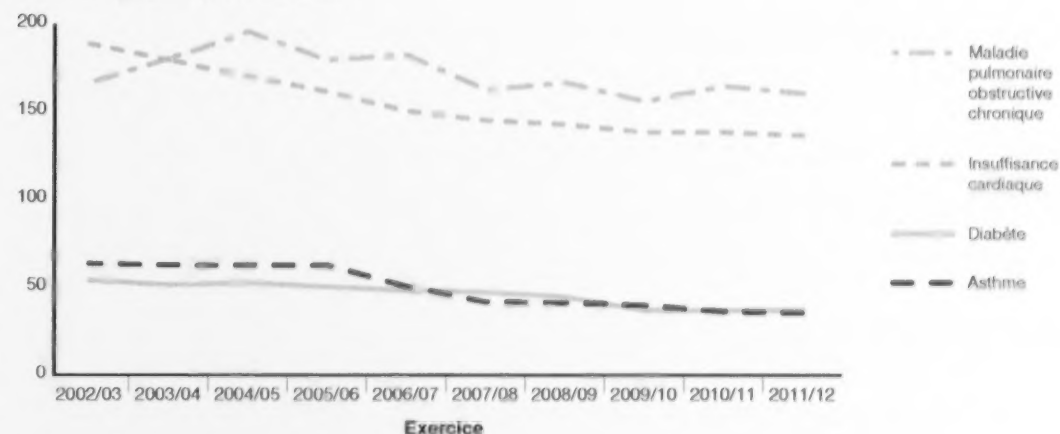
Les résultats du système de santé font référence aux objectifs des systèmes de santé, notamment l'amélioration de la santé de la population, la capacité du système de répondre aux besoins et aux demandes des Ontariennes et des Ontariens (dans ce cas-ci), ainsi que la valeur reçue en échange de l'argent investi (et donc la durabilité et l'intégration du système)²³. Ces résultats englobent la continuité des soins pour les personnes souffrant de maladies chroniques et les taux d'hospitalisation pour les maladies qui pourraient être traitées dans la collectivité.

Il s'avère essentiel de s'assurer que des soins intégrés et coordonnés sont dispensés aux personnes souffrant de maladies chroniques, dans l'ensemble des programmes, des praticiens, des organismes et des niveaux de soins, si l'on veut réduire au minimum les visites inutiles aux services des urgences, éviter les hospitalisations et les réadmissions, et garantir les meilleurs résultats possibles en santé²⁴. Cela est particulièrement vrai pour les adultes aux prises avec plus d'une maladie chronique, qui sont souvent examinés par divers fournisseurs de soins de santé dans un certain nombre d'établissements différents.

Une des façons de mesurer le rendement du système de soins de santé est d'examiner les taux d'hospitalisation pour les troubles qui peuvent être pris en charge dans la collectivité comme l'asthme, l'insuffisance cardiaque, le diabète ou la maladie pulmonaire obstructive chronique^{1, 2}. Depuis 2002-2003, on observe un déclin constant de trois des quatre troubles (insuffisance cardiaque, diabète et asthme) et un déclin général des maladies pulmonaires obstructives chroniques (figure 4)²⁴. C'est dans les quartiers les plus défavorisés que les

FIGURE 4 Taux d'hospitalisation normalisé selon l'âge et le sexe pour quatre troubles de santé

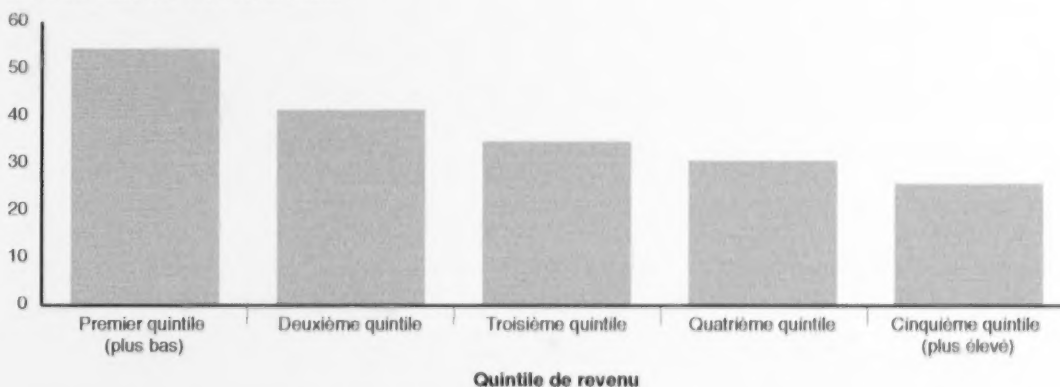
Taux normalisé par 100 000 habitants



Ontario, 2002-2003 à 2011-2012. Source : Institut de recherche en services de santé (IRSS)

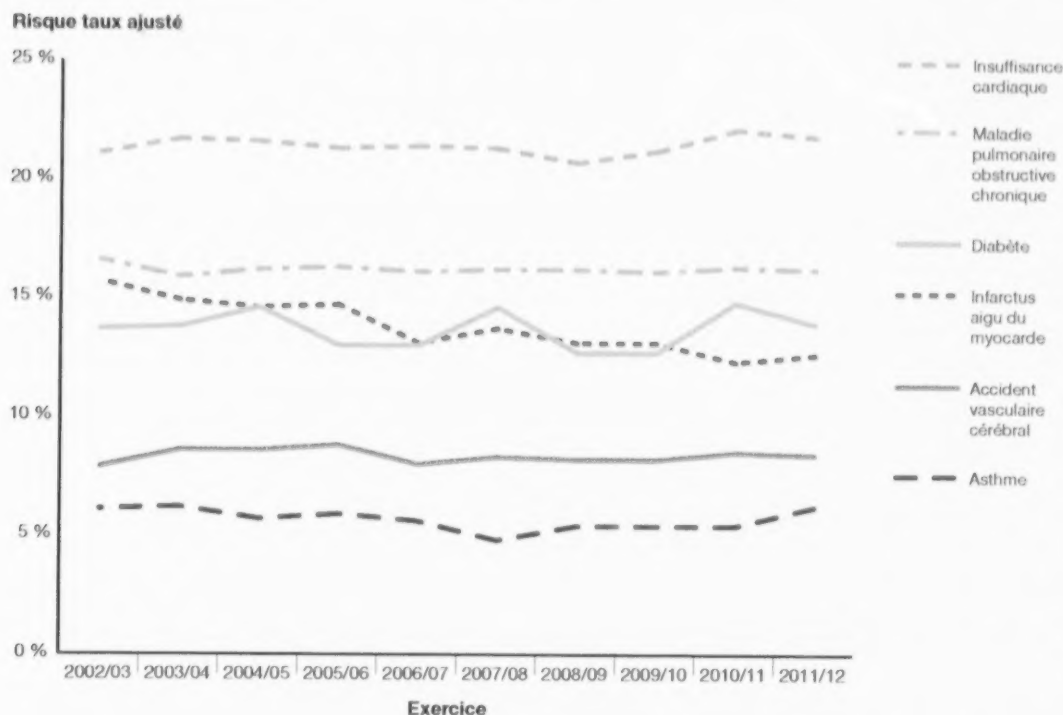
FIGURE 5 Taux d'hospitalisation normalisé selon l'âge et le sexe pour le diabète par quintile de revenu

Taux normalisé par 100 000 habitants



Ontario, 2011-2012. Source : Institut de recherche en services de santé (IRSS)

FIGURE 6 Taux de réadmission ajusté au risque pendant 30 jours, toutes causes confondues, après une admission pour six troubles de la santé

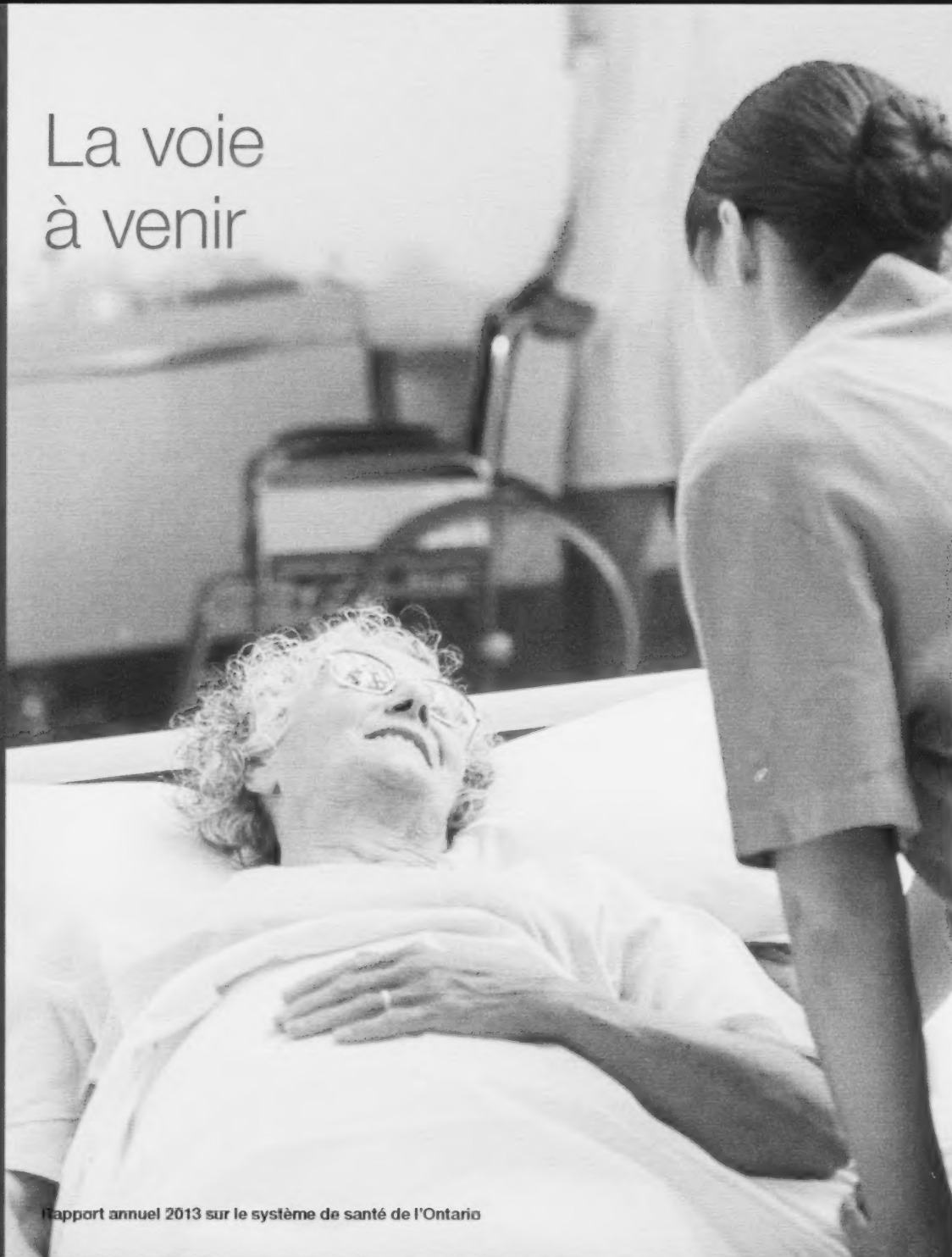


Ontario, 2002-2003 à 2011-2012. Source : Institut de recherche en services de santé (IRSS)

taux d'hospitalisation sont les plus élevés, notamment chez les personnes qui souffrent de diabète (figure 5) et de maladie pulmonaire obstructive chronique²⁴. Les programmes de sensibilisation à l'autoprise en charge pour les personnes vivant dans les quartiers défavorisés et la prolongation des heures d'ouverture des établissements de soins primaires (p. ex., le soir et la fin de semaine) peuvent aider à éliminer les disparités pour les patients à faible revenu qui ne pourraient pas autrement accéder à ces programmes et à ces services²⁵.

Les réadmissions à l'hôpital après l'obtention d'un congé constituent une autre mesure du succès des soins intégrés et coordonnés, puisque les réadmissions qui surviennent à l'intérieur d'une brève période peuvent signaler la présence de problèmes de coordination de soins^{1, 2}. Les taux de réadmission pour l'insuffisance cardiaque, la maladie pulmonaire obstructive chronique, le diabète, l'infarctus aigu du myocarde (IAM), les AVC et l'asthme n'ont pas beaucoup varié au cours des dix dernières années (figure 6)²⁶. L'insuffisance cardiaque et la maladie pulmonaire obstructive chronique sont les troubles qui présentent le plus important pourcentage de patients qui sont réadmis à un établissement, pour quelque raison que ce soit, dans les 30 jours suivant l'obtention de leur congé (figure 6)²⁶. Certaines réadmissions sont inévitables, tandis que d'autres peuvent découler d'insuffisances dans les soins, notamment un soutien inadéquat pour les patients pendant leur transition de l'hôpital vers un établissement de soins moins intensifs¹. Des pratiques de mise en congé efficaces, des transitions de soins coordonnées, des services de soins primaires et des services de soutien complets peuvent permettre de mieux prendre en charge les troubles chroniques². Ces pratiques pourraient diminuer le nombre de réadmissions à l'hôpital qui sont évitables.

La voie à venir



Comme l'ont démontré le présent rapport annuel et les autres rapports annuels de QSSO, l'état de santé des Ontariennes et des Ontariens continue de s'améliorer. Cependant, les rapports ont également démontré qu'il existe de nombreuses occasions d'améliorer la qualité des soins de santé qui sont offerts aux Ontariennes et aux Ontariens.

Il s'avère important d'avoir accès à des renseignements exacts pour réaliser ces possibilités. Les présents renseignements peuvent servir à éclairer et à axer les stratégies d'amélioration des soins. QSSO élabore actuellement une nouvelle stratégie pour mesurer le rendement du système de santé et en rendre compte. En créant cette stratégie, QSSO procédera à un examen complet et entreprendra un processus de consultation. Ce processus comprendra la participation non seulement des fournisseurs de soins de santé, mais aussi des groupes de patients et du grand public. Cet examen se penchera également sur les besoins variés en matière de données et de renseignements dans l'ensemble du système et examinera de quelle façon, à quel moment et par quel média les gens apprennent le mieux. En plus de rendre compte du rendement du système de santé dans les nouveaux domaines, QSSO continuera de faire rapport des indicateurs qui tiennent compte des quatre domaines prévus dans le mandat qui sont représentés dans ce rapport annuel. En outre, QSSO se concentrera de plus en plus sur la comparaison du rendement à celui des autres provinces et pays. De nouveaux produits de déclaration seront également mis au point pour répondre aux besoins des fournisseurs de première ligne, des responsables du système de santé et des personnes qui dirigent activement les initiatives d'amélioration de la qualité.

Grâce à un partenariat avec le public, les fournisseurs du système de santé et les dirigeants du système, le travail de QSSO peut mener à des changements significatifs et positifs pour le système de soins de santé, en soutenant l'atteinte de l'« excellence des soins pour tous » pour les générations à venir.

Bibliographie

1. COLEMAN, E. A. « Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs », *Journal of American Geriatric Society*, vol. 51, n° 4 (2003), pp. 549 à 555.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12657078>
2. JWEINAT J. J. « Hospital readmissions under the spotlight », *Journal of Healthcare Management*, vol. 55, n° 4 (2010), pp. 252 à 264.
3. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Surveying the Facts about Primary Care. Finding from the Health Care Experience Survey: Same day and next day access*. Direction de l'analytique en matière de santé, Division de la gestion de l'information et de l'investissement pour le système de santé, août 2013, document non publié.
4. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Temps d'attente en Ontario* [Internet], inconnu [cité le 7 août 2013]. Accessible à l'adresse : <http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/waittimes/surgery/faq.aspx>
5. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Les temps d'attente au Canada – un résumé, 2012*. Ottawa, ICIS, 2012.
6. Action Cancer Ontario (ACO), *Système d'information sur les temps d'attente (SITA)*.
7. Conseil canadien de la santé, *Rapport de progrès 2013 : Renouvellement des soins de santé au Canada*, Toronto, Conseil canadien de la santé (2013).
8. Centre de données sur les médecins de l'Ontario, *Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario*
9. Agence de la santé publique du Canada, *Qu'est-ce que l'approche axée sur la santé de la population?*, [Internet], février 2012 [cité le 6 août 2013]. Accessible à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/approach-approche/index-fra.php>
10. MURRAY, C. J. L., J. A. Salomon et C. A. Mathers, *Critical Examination of Summary Measures of Population Health* [Internet], [cité le 6 août 2013]. Accessible à l'adresse : <http://www.who.int/healthinfo/paper02.pdf>
11. COLMAN, R., *A Profile of Women's Health Indicators in Canada* – Document préparé pour le Bureau pour la santé des femmes, Santé Canada [Internet], juillet 2003 [cité le 6 août 2013]. Accessible à l'adresse : <http://www.gpiatlantic.org/pdf/health/womens/whbreport.pdf>
12. Statistique Canada, *Espérance de vie à la naissance, selon le sexe, par province* [Internet], mai 2012 [cité le 6 août 2013]. Accessible à l'adresse : <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/102/cst01/health26-fra.htm>
13. Statistique Canada, *Tables de mortalité, Canada, provinces et territoires 2007 à 2009* [Internet], mars 2013 [cité le 6 août 2013]. Accessible à l'adresse : <http://www.statcan.gc.ca/pub/84-537-x/84-537-x2013003-fra.htm>
14. Bureau de santé publique de Toronto, *Toronto's Health Status Indicator Series: Infant Mortality* [Internet]. Accessible à l'adresse : <http://www.toronto.ca/health/map/indicators/pdf/infantmortality.pdf>
15. Organisation mondiale de la Santé, *Understanding Maternal, Newborn and Child Health: Understanding Key Program Indicators* [Internet], 2011, [cité le 6 août 2013]. Accessible à l'adresse : http://www.who.int/healthmetrics/news/monitoring_maternal_newborn_child_health.pdf
16. Statistique Canada, *Tableau 102-0504 : Décès et taux de mortalité, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires* [Internet], mai 2012 [cité le 6 août 2013]. Accessible à l'adresse : <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id=1020504&pattern=&p2=1&p1=1&tabMode=dataTable&stByVal=1&paSer=&csid=&retrLang=fra&lang=fra>
17. Association of Public Health Epidemiologists in Ontario, *Childhood Vaccination Coverage* [Internet], 2011, [cité le 6 août 2013]. Accessible à l'adresse : <http://www.apheo.ca/index.php?pid=168#specind>

18. Ministère de la santé et des soins de longue durée. *Une vie en bonne santé commence par l'immunisation*. Auteur inconnu [cité le 7 août 2013]. Accessible à l'adresse : <http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/immunization/resources.aspx>
19. Conseil canadien de la santé, *Where You Live Matters: Canadian Views on Health Care Quality* – Résultats du sondage international du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès du grand public. Conseil canadien de la santé, octobre 2013, non publié.
20. Institut de recherche en services de santé (IRSS).
21. Groupe de travail sur le diabète. Rapport présenté au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, septembre 2004.
22. Clinical Practice Guidelines 2013. Publié par l'Association canadienne du diabète. Accessible à l'adresse : <http://guidelines.diabetes.ca/Browse/Chapter3>
23. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Cadre de mesure de la performance du système de santé canadien*, Ottawa, ICIS (2013).
24. Institut de recherche en services de santé (IRSS).
25. CAUCH-DUDEK, K., J.C. Victor, M. Sigmond et B.R. Shah, « Disparities in attendance of diabetes self-management education programs after diagnosis in Ontario, Canada: a cohort study », *BMC Public Health*, vol. 13 (2013), p. 85. Accessible à l'adresse : <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/85>
26. Institut de recherche en services de santé (IRSS).

Remerciements



Qualité des services de santé Ontario aimerait remercier tous ses partenaires qui ont soutenu la production de ce rapport annuel en fournissant des données et en examinant le contenu.

Qualité des services de santé Ontario

CONSEIL D'ADMINISTRATION

D^r Andreas Laupacis président

M^{me} Marie E. Fortier vice-présidente

M. Richard Alvarez

D^r Andy Molino

D^r Tazim Virani

D^r Faith Donald

M. Tom Closson

D^r Jeremy M. Grimshaw

M. James Morrissey

Les biographies sont affichées à l'adresse
<http://www.hqontario.ca/nous/gouvernance>

DIRECTION

D^r Joshua Tepper Président et chef de la direction

D^r Les Levin Vice-président, Élaboration des preuves et normes

M^{me} Mary Kardos Burton Vice-présidente par intérim, exécution intégrée des programmes

D^r Irfan Dhalla Vice-président par intérim, performance du système de santé

MANDAT

Qualité des services de santé Ontario (QSSO) est un organisme gouvernemental créé le 12 septembre 2005 en vertu de la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé* de l'Ontario.

En juin 2008, le gouvernement de l'Ontario confiait à QSSO la tâche de mesurer la qualité des soins de longue durée et la satisfaction des résidents et d'en rendre compte au public. En décembre 2008, QSSO était chargé de mesurer la qualité des services de soins à domicile et la satisfaction des clients et d'en rendre compte au public.

Le 8 juin 2010, l'Assemblée législative adoptait la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* élargissant le rôle et le mandat de QSSO. Les fonctions de QSSO sont les suivantes :

- a) surveiller les enjeux suivants et en rendre compte à la population de l'Ontario :
 - i. l'accès aux services de santé publics;
 - ii. les ressources humaines en santé dans les services de santé publics;
 - iii. l'état de santé de la population et de la clientèle;
 - iv. les résultats du système de santé;
- b) favoriser l'amélioration constante de la qualité;

c) promouvoir les soins de santé qu'appuient les meilleures preuves scientifiques disponibles :

- i. en faisant des recommandations aux organismes de soins de santé et autres entités sur les normes de soins du système de santé en fonction des lignes directrices et des protocoles pour la pratique clinique ou relativement à ceux-ci;
- ii. en faisant des recommandations, en fonction des preuves et compte tenu des recommandations faites au sous-alinéa (i), au ministre concernant l'offre, par le gouvernement de l'Ontario, d'un financement au titre des services de soins de santé et des dispositifs médicaux.

L'article 5 de la Loi exige que QSSO présente un rapport annuel au ministre sur l'état du système de santé de l'Ontario et les autres rapports exigés par le ministre.



ISSN 2292-3293 (Imprimé)
ISBN 978-1-4606-3249-9 (Imprimé)
ISSN 2292-2091 (En ligne)
ISBN 978-1-4606-3250-5 (HTML)
ISSN 2292-2091 (En ligne)
ISBN 978-1-4606-3251-2 (PDF)

Qualité des services de santé Ontario
130, rue Bloor Ouest
10e étage
Toronto (Ontario) M5S 1N5

Tél: 416 323-6868
Sans frais: 1 866 623-6868
Courriel: info@hqontario.ca
www.hqontario.ca

 **Ontario**
Qualité des services
de santé Ontario